

Escroto agudo y púrpura de Schonlein-Henoch; presentación de un caso

Demetrio López*, María del Carmen Piñeiro**
Rosario Velasco***, José Carlos López**, Indalecio Fidalgo****

*Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Ponferrada III, **Servicio de Urgencias, Hospital del Bierzo

Servicio de Pediatría, Hospital del Bierzo, *Jefe Servicio de Pediatría, Hospital del Bierzo

Resumen

Presentamos un caso de escroto agudo como manifestación infrecuente de una Púrpura de Schonlein-Henoch, recibido en el Servicio de Urgencias de nuestro Hospital a los 12 días de evolución de ésta.

Se realizó diagnóstico diferencial con una posible torsión de cordón espermático ya que esta representa una urgencia quirúrgica.

Palabras clave: Púrpura de Schonlein-Henoch, Escroto agudo.

Abstract

We present you a case of acute scrotum, as a very infrequent manifestation of a "Henoch-Schonlein Purpura", received in the casualty department of our Hospital in its 12th day evolution.

A differential diagnostic was made with a possible torsion of the spermatic cord because this represents or means a surgical urgency.

Key words: Henoch-Schonlein Purpura, Acute scrotum.

Introducción

La Púrpura de Schonlein-Henoch (PSH), es una vasculitis sistémica de causa desconocida, predominante en niños, que ocurre con más frecuencia entre los 5 y los 15 años, siendo más común en los varones que en las hembras. Se caracteriza por la aparición de lesiones cutáneas purpúricas, afectación articular, dolor abdominal cólico y en muchos casos afectación renal¹.

Las manifestaciones infrecuentes o atípicas de la P.S.H., incluyen también: afectación del Sistema Nervioso Central (convulsiones, paresia y coma), hemorragia subaracnoidea, afectación ocular (neuritis óptica), Síndrome de Guillain-Barré, hemorragias intramusculares, subconjuntivales o pulmonares, nódulos de tipo reumatoide, lesiones cardíacas (carditis) y tumefacción y hemorragias testiculares (orquitis).

Caso clínico

Niño de 9 años y 9 meses de edad, que acudió a nuestro hospital por dolor abdominal intenso, difuso y exacerbación de exantema localizado en extremidades inferiores y nalgas, de carácter simétrico, de 12 días de evolución. No presentó vómitos, teniendo deposiciones normales y orina de aspecto normal. En la exploración encontramos un peso de 34 Kg (P₅₀₋₇₅), talla de 141 cm (P₇₅₋₉₀) y una tensión arterial sistólica de 110 mmHg, destacando unas lesiones cutáneas a nivel de extremidades inferiores y nalgas, consistentes en máculo-pápu-

las eritematosas de 5 a 10 mm y algunas lesiones petequiales y purpúricas de color rojo (Figura 1).

Análítica: Hemastix (+) a (+++). Sistemático de orina y sedimento normales. C₃ 118 mg/dl; IgA 150 mg/dl; IgG 855 mg/dl; IgM 51mg/dl. Aclaramiento de creatinina: 149 ml/min/1,73 m².

Con el diagnóstico de Púrpura de Schonlein-Henoch, fue dado de alta con la recomendación de ser controlado por su pediatra de Atención Primaria.

En el día 22 de evolución acudió de nuevo al servicio de Urgencias del hospital por presentar dolor y tumefacción

Figura 1. Aspecto de las lesiones cutáneas características de la Púrpura de Schonlein-Henoch.



en bolsa testicular derecha, con eritema y aumento de la sensibilidad del teste (Figura 2).

Se realizó Eco-doppler escrotal apareciendo "aumento de tamaño de la cabeza del epidídimo derecho (9 mm), de estructura homogénea y probable origen inflamatorio, con flujos arteriales y venosos conservados".

Durante 6 días recibió tratamiento con Defazaclor (2,5 mg/Kg/día), disminuyendo progresivamente la dosis hasta el 10º día en el que desaparecieron los síntomas. Las lesiones purpúricas se mantuvieron durante 2 meses.

Discusión

La frecuencia de afectación testicular en la Púrpura de Schonlein-Henoch varía entre un 2 a un 38%², presentándose en ocasiones como manifestación inicial antes de la aparición del exantema. En las series revisadas, que a veces aportan un caso único, sólo se ha encontrado un paciente con torsión de cordón espermático, mientras que otros casos consistían en inflamaciones de cordón, torsión de hidátides de Morgagni, epididimitis y orquitis^{1, 2, 3, 4, 6, 7, 8}.

El diagnóstico diferencial⁵ debe realizarse entre:

Figura 2. Imagen donde se aprecia aumento de tamaño de la bolsa testicular derecha sugerente de escroto agudo.



1. Torsión de cordón espermático (intravaginal típico del adolescente y extravaginal frecuente en el período neonatal).

2. Torsión de hidátides.

3. Epididimitis aguda.

4. Orquitis de diversos orígenes (urliana, traumática, tumoral, hernia, etc.).

5. Lesiones cutáneas inflamatorias de bolsa testicular etc.

La actitud a seguir en el caso de sospecha de torsión de cordón es la realización de una gammagrafía², y actitud ex-

pectante en el caso de que sea normal. En nuestro medio el método diagnóstico de elección que nos permite descartar la torsión con una alta fiabilidad es el Eco-doppler testicular. Se puede aconsejar tratamiento conservador por la baja incidencia de torsiones (6,6% en la bibliografía revisada)^{1, 3, 4, 5, 6, 8}, y la favorable y rápida respuesta al tratamiento esteroideo. En el caso de no disponer de una técnica diagnóstica adecuada y se sospecha torsión testicular debe procederse a exploración quirúrgica.

Bibliografía

1. Barajas de Frutos D, Pradero Vera J, Bravo Mancheño B. *Infrequent manifestation of Henoch-Schonlein purpura*. An Esp Ped 1993; 39: 498-500.
2. Clark WR, Kramer SA. *Henoch-Schonlein purpura and the acute scrotum*. Journ Ped of Surg 1986; 91:991-2.
3. Naiman MD et al. *Escrotal imaging in the Henoch-Schonlein Syndrome*. The Journ of Pediatrics 1978;92:1021-28.
4. O'Regan S. *Orchitis mimiking testicular torsion in Henoch-Schonlein's purpura*. The Journ of Urol 1981; 126: 834-5.
5. Garat JM. *Síndrome escrotal agudo*. Urología Pediátrica 1983; 156-59.
6. Katz S, Borst M. *Surgical evaluation of Henoch-Schonlein purpura*. Experience with 110 children. Arch Surg 1991; 126:849-53.
7. Rabinowitz R, Hulbert WC Jr. *Acute scrotal swelling*. Urol Clin North Am 1995; 1995: 22: 101-5.
8. Ben Chaim J, Korat E, Shenfeld O. *Acute scrotum caused by Henoch-Schonlein purpura with immediate response to short-term steroid therapy*. J Ped Surg 1995; 30:1509-10.

